

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 55

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS LARVÉE DU NOURRISSON

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1925

PAR

M^{me} BLANC (née Marie-Jeanne-Séverine DEGANS)

ANCIENNE EXTERNE DES HÔPITAUX,
LAURÉATE DES HÔPITAUX

Née à CONDOM (Gers), le 21 février 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOUSSOUS, professeur.....	<i>Président.</i>
		LE DANTEC, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		CABANNES, agrégé	
		DUPÉRIÉ, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

1925-1926. — N° 55

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS LARVÉE DU NOURRISSON

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1925

PAR

M^{me} BLANC (née Marie-Jeanne-Séverine DEGANS)

ANCIENNE EXTERNE DES HÔPITAUX,
LAURÉATE DES HÔPITAUX

Née à CONDOM (Gers), le 21 février 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOUSSOUS, professeur.....	<i>Président.</i>
		LE DANTEC, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		CABANNES, agrégé	
		DUPÉRIÉ, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGES.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	N.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	N.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophthalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	GAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	PERY.	Chimie pharmaceutique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. N.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie CHARRIER. || Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie | LOUBAT. |
| Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle | GOURDON. |

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON MARI

Mon ami.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Humble témoignage de ma tendresse et
de mon infinie reconnaissance.

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MES MAITRES D'EXTERNAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAËT

*Professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÈGÉ CABANNES

*Chargé du cours complémentaire d'ophtalmologie,
Oculiste des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCAZ.

*Médecin des Hôpitaux,
Médecin de la Pouponnière de Cholet,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. MOUSSOUS

*Professeur de Clinique médicale des maladies des enfants
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, nous remercions notre maître, M. le docteur Rocaz, qui nous suggéra l'idée de cette thèse, nous en fournit les principaux éléments et nous aida de ses conseils.

Ses consultations externes de l'Hôpital des Enfants ont été pour nous le plus fructueux enseignement de pathologie infantile.

M. le professeur Moussous, acceptant de la présider, nous a fait un très grand honneur. Nous le remercions très respectueusement. Que M. le professeur Cassaët, M. le professeur agrégé Cabannes, dont nous fûmes l'externe, trouvent ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SYPHILIS LARVÉE DU NOURRISSON

PREAMBULE

La syphilis héréditaire se présente rarement chez le nourrisson avec les signes presque pathognomoniques que les classiques ont décrit (pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds, coryza précoce chronique, splénomégalie précoce, syphilides de la peau et des muqueuses, pseudo-paralysie des nouveau-nés ou maladie de Parrot) et qui en rendent le diagnostic relativement facile. Polymorphe à l'excès, elle emprunte à bien des affections du nourrisson leur symptomatologie spéciale, créant ainsi des formes « larvées » dont le diagnostic difficile doit être soigneusement recherché. On pensera à elle en face de beaucoup d'affections qui, normalement traitées, n'ont aucune tendance à la guérison.

Devant cette variété d'affections où elle peut se dissimuler, certains auteurs (Leredde) ont attribué une étiologie hérédosyphilitique à presque toutes les manifestations pathologiques du nourrisson. Mais, devant les déboires occasionnés par cette incontestable erreur, il est tout naturel que d'autres auteurs (Comby), tombés dans l'excès contraire, se refusent à la voir. Aussi le travail du clinicien doit être dans l'interprétation délicate du diagnostic clinique puisque nous savons combien grande doit être la circonspection devant les résultats des divers examens de laboratoire.

I

RARETE RELATIVE DE LA SYPHILIS EVIDENTE DU NOURRISSON

La lecture des livres classiques sur l'hérédo-syphilis nous enseigne combien il est aisé de faire le diagnostic de cette affection. Cependant, si nous fréquentons assidûment une consultation de nourrissons, nous voyons que la spécificité congénitale n'est pas toujours cette maladie tapageuse dont la gravité apparente des manifestations confirment d'emblée le diagnostic.

On ne voit que très rarement du pemphigus palmo-plantaire, que suit un coryza chronique et des syphilides de la peau. On voit assez souvent des maladies de Parrot. Certes, devant de telles lésions, le doute ne peut subsister, même en dehors de toute atteinte viscérale ou de troubles de l'état général. Mais ces manifestations sont bien rares. L'opinion de syphiligraphes et de pédiatres contemporains nous paraît assez unanime à ce sujet.

Babonneix rencontre beaucoup plus souvent des signes nerveux, des convulsions fréquemment en rapport avec l'hérédo-syphilis, des contractures à type hémi ou diplégique, des mouvements involontaires de type athétoso-choréique; le mongolisme lui fait suspecter la spécificité ainsi que les malformations congénitales, le rachitisme précoce avec craniotabes et l'athrepsie.

Comby a particulièrement étudié une anémie avec teint cireux, légère bouffissure, grosse rate, polyadénopathie et des veines épicroaniennes apparentes.

Devraigne et Sauphar attachent une grande importance aux courbes de poids mauvaises chez des enfants bien réglés avec hémorragies simples ou multiples.

Dupérié (Bordeaux) nous apprend que « depuis la guerre les types cliniques se sont modifiés : aux pseudo-paralysies, aux éruptions généralisées de syphilides, ont fait place des troubles nerveux (hydrocéphalie, microcéphalie, convulsions, paralysies), viscéraux (hépto-splénomégalias), vasculaires (syndrome de Raynaud), sanguins (anémie pseudo-leucémique). Ces syphilis « camouflées », survenant chez des enfants de un à deux ans, sont pour lui peut-être en rapport avec un traitement de l'infection maternelle plus prolongé et plus intense... »

Haushalter a l'impression d'une plus grande rareté relative — par rapport à autrefois — des formes avec lésions cutanées et muqueuses, et d'une fréquence relative plus grande des formes avec dystrophie, anémie, troubles digestifs, localisations sur le système nerveux, association de rachitisme et d'hérédosyphilis.

Lereboullet s'appuie, pour le diagnostic, sur un ensemble de signes. La présence d'un rachitisme précoce, avec ou sans craniotabès, a pour lui une particulière importance, ainsi que l'hypertrophie splénique.

Marfan, devant des signes peu nets d'hérédosyphilis, la considère comme très probable quand il trouve réunis plusieurs signes à étiologie mal définie, surtout quand les antécédents viennent apporter une bonne confirmation à l'appui.

Merklen, en l'absence de tout signe objectif, recherche la spécificité chez certains petits anémiques, divers enfants peu résistants, chétifs ou mal développés.

En ces dernières années le professeur Moussous a vu beaucoup de cas de maladies de Parrot « Il y a, nous dit-il, des cas très embarrassants, lorsqu'on ne constate par exemple que de la débilité congénitale et des troubles digestifs sans hypertrophie de la rate et du foie. »

Méry a constaté de nombreux cas de syphilis latente, se traduisant par la simple recherche de la réaction de Wassermann ou par des troubles généraux de la croissance; ce qui paraît tenir à ce que les syphilis des parents sont mieux dépistées et soignées.

Mouriquand fait remarquer combien l'hérédo-syphilis est fréquente chez les nourrissons atteints d'hypertrophie thymique, de splénomégalie, d'hépatomégalie, de convulsions, de vomissements prolongés et inexpliqués, d'athrepsie, de déchéances nutritives de cause obscure.

Notre maître, le docteur Rocaz, a été frappé de la fréquence relative de l'hypotrophie liée à une syphilis tout à fait latente chez des nourrissons, suivis de très près, comme ceux de son service de la Maison maternelle de Cholet, dont l'état se modifiait rapidement par le traitement spécifique.

Pour Weill et Gardère, l'hérédo-syphilis affecte fréquemment une symptomatologie fruste, ou peut, même, demeurer latente pendant une période plus ou moins longue après la naissance. « L'arrêt de croissance au cours des premiers mois, la débilité congénitale, l'hypotrophie et l'atrophie infantiles relèvent très souvent de l'hérédo-syphilis, et doivent la faire soupçonner même en l'absence de tout autre stigmate de spécificité. Il en est de même du crâne natiforme, de la spléno-hépatomégalie, de certains troubles digestifs, des méningites à évolution aiguë avec réaction lymphocytaire simulant la méningite tuberculeuse, et où le traitement mercuriel donne les meilleurs résultats. »

Nous voyons donc que la syphilis évidente du nourrisson ne se rencontre pas si souvent que les livres classiques le laissent entendre.

II

FREQUENCE DE LA SYPHILIS « LARVEE » CHEZ LE NOURRISSON

En opposition à cette rareté des manifestations évidentes de la syphilis, nous savons la fréquence extrême de cette affection chez les tout petits. Aux Enfants Assistés, d'après le professeur Marfan, il y a 16 p. 100 de nourrissons ayant une syphilis certaine, et à peu près autant ayant une syphilis probable. Pour Leredde, dans l'immense majorité des cas, la syphilis du nourrisson ne se révèle pas par des accidents externes de caractère spécifique; dans 95 p. 100 des cas, la syphilis congénitale chez l'enfant reste ignorée.

Il y a, en effet, à côté de l'hérédo-syphilis, qu'on ne peut méconnaître, une hérédo-syphilis cachée, d'autant plus sournoise qu'elle ne se manifeste pas par les signes spécifiques habituels; elle demande un « diagnostic de sentiment », comme le dit Ribadeau-Dumas. « Hérédo-syphilis tellement atténuée parfois ou tellement localisée (à un viscère) qu'on ne pensera pas à elle » (Devraigne). L'essentiel sera de savoir la dépister sous le masque d'affections habituellement attribuées à d'autres étiologies. Nous allons successivement étudier les divers symptômes, syndromes et affections qu'on lui incrimine.

Voyons ses relations avec les troubles digestifs.

Combien de nourrissons sont amenés à la consultation pour troubles gastro-intestinaux sans que rien dans leur alimentation puisse expliquer ces désordres. Souvent, à l'examen méticuleux de tous les organes, on trouve une splénomégalie, une hépatomégalie, et, malgré l'interrogatoire négatif des parents, il est raisonnable de penser à la syphilis. Parfois, les réac-

tions de laboratoire confirment ce diagnostic et l'épreuve du traitement transforme très vite le petit malade.

D'autres présentent une grande anorexie, avec une certaine paresse à têter. C'est à peine s'ils prennent le tiers ou la moitié de ce qu'ils doivent absorber et dans un temps infiniment plus long. L'examen de la bouche ne révèle ni fissure palatine, ni muguet : cette anorexie et cette indolence semblent inexplicables. Et de jour en jour, l'enfant dépérit, on lui fait en vain du sérum physiologique; mais si on tente le traitement spécifique on assiste à une véritable résurrection.

Ou c'est un nourrisson atteint de vomissements. Le professeur Marfan a attiré l'attention sur la fréquence de l'hérédosyphilis dans la genèse de cette « maladie des vomissements habituels ». Ils s'observent aussi bien chez l'enfant au sein que chez celui nourri au lait de vache; donc l'alimentation défectueuse ne semble pas jouer un rôle prépondérant. Elle débute en général avant le troisième mois et se manifeste par des vomissements qui se répètent après chaque repas, sauf parfois la nuit; tantôt tout de suite, tantôt une demi-heure et plus après la tétée. Ils continuent des semaines, des mois avec des phases d'exacerbation alternées, avec des phases de calme relatif. Et l'enfant décline et se cachectise peu à peu, allant vers l'hypothrepsie et l'athrepsie, dont la mort est souvent le terme. Si la radiologie permet d'éliminer la sténose pylorique, si, d'autre part, il n'y a pas de faute dans l'alimentation ou d'intolérance pour le lait, on constate, la plupart du temps, que cette maladie est d'origine spécifique. De plus, le professeur Marfan a obtenu une guérison rapide et durable dans 63 p. 100 des cas de vomissements habituels, guérison que n'avait pu obtenir le traitement ordinaire.

A côté de ces troubles digestifs, quelques perturbations de la nutrition générale :

Voilà un petit athrepsique qui, sans accidents de nourrisage, sans localisations organiques décelables, a perdu peu à peu son poids normal et malgré tous les soins et tous les régimes arrive à un état d'émaciation inquiétant. Son facies carac-

léristique signe le diagnostic d'athrepsie. Mais cette dénutrition est difficile, voire même impossible à expliquer cliniquement. Un examen minutieux s'impose, de même une étude approfondie des antécédents, et, au moindre doute, l'essai d'un traitement spécifique qui, parfois, donne de bons résultats, si l'on a su l'instituer en temps utile.

Il en est dont la courbe de poids reste stationnaire ou qui descend même sans motif. Il y a chez eux une véritable « dystrophie ou inaptitude à augmenter de poids » (Boissard et Duvé). Pourtant ces enfants sont en général de petits affamés et ni la quantité, ni la qualité de lait ne change leur état. Un traitement spécifique les transforme généralement, il est donc bien permis de soupçonner l'hérédo-syphilis, puisqu'ils maigrissent à nouveau si l'on cesse cette médication. La débilité congénitale doit faire penser à l'hérédo-syphilis; la naissance prématurée qui en est la cause habituelle ressortissant dans la plupart des cas à la syphilis.

Le melæna survenu dans les premiers jours de la vie sans entérite, ni diarrhée, est considéré par Marfan et Rocaz comme un excellent symptôme d'hérédo-spécificité, surtout en l'absence de concomitances intestinales. Certaines entérites durant depuis la naissance et caractérisées par une constipation de plusieurs jours accompagnée de production de gaz, de tympanisme, suivie de débâcles diarrhéiques et de selles glaireuses, muco-membraneuses, quelquefois sanguinolentes, seraient toujours pour Gaucher des manifestations de syphilis congénitale.

Pour Leredde, « l'entérite syphilitique est banale ». Il se base, pour la confirmer, sur les résultats fournis par l'enquête familiale, les réactions sérologiques et les bons résultats fréquents du traitement spécifique.

L'hypertrophie de la rate est une des manifestations viscérales les plus fréquentes de la syphilis héréditaire. Dès 1864, son importance était signalée par Bærensprung. A son tour, G. See établissait, en 1867, cette loi que « la rate est considérablement augmentée de volume dans un quart des cas d'héré-

do-spécificité ». Les travaux de Haslund, Parrot, Fournier, Hutinel et Hudelo visèrent à établir le pourcentage de nourrissons syphilitiques porteurs de grosses rates. Plus récemment, ce sont les études de Marfan, de Péhu et Lamy qui ont mis au point la question. Marfan a trouvé sur 100 spécifiques de moins de trois mois 77 ayant une splénomégalie. D'après les auteurs modernes, l'aspect malingre d'un nourrisson, ses moindres troubles digestifs doivent conduire à l'examen de cet organe.

L'anémie accompagne toujours la splénomégalie du petit enfant syphilitique. Elle peut être légère — ou grave, avec altérations globulaires et formule myéloïde — ou même donner le tableau de l'anémie splénique du type von Jacksch, Hayem, Luzet.

La forme hépato-splénique de Chauffard joint à la grosse rate un foie hypertrophié et souvent de l'ictère. Marfan et Blechmann ont signalé des observations nettes où l'ictère s'accompagne de signes plus ou moins classiques d'hérédo-spécificité.

Quelques auteurs, Tixier, en particulier, pensent que la grande majorité des splénomégalias ne reconnaissent pas une origine syphilitique, mais sont souvent dues à la tuberculose, au rachitisme. La bacilliose de la rate est rare, elle est fébrile et ne se limite pas toujours au parenchyme splénique. La cuti-réaction permettra de l'éliminer. Le rachitisme est-il facteur de splénomégalias? On a beaucoup insisté sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie du rachitisme. Avec Marfan, nous pensons qu'un rachitisme avec grosse rate est un rachitisme de nature syphilitique.

Nous ne parlerons pas des splénomégalias peu marquées et surtout passagères des broncho-pneumonies, des gastro-entérites prolongées, des pyodermites. Quant au paludisme et au kala-azar, nous l'éliminerons facilement parce que très rare en notre pays.

Les cris continuels des nourrissons sont, pour Sisto, un signe certain d'hérédo-syphilis. Cris incessants, sans cause appréciable, forts, pénétrants, s'exaspérant la nuit, exagérés par la pression et le mouvement et tenant toute thérapeutique en échec.

Tantôt ces cris nocturnes s'observent chez des enfants déjà suspects, tantôt chez des enfants en apparence biens portants et ils acquièrent toute leur valeur. Douleur de cause osseuse, et ayant une certaine analogie avec les douleurs ostéocopes des adultes.

Si on institue un traitement spécifique, ces cris cessent presque immédiatement. Le résultat thérapeutique vient ici confirmer le diagnostic clinique.

A côté de la maladie de Parrot, qui ne présente rien de larvé, il y a d'autres lésions osseuses syphilitiques du premier âge, moins fréquentes et moins connues, mais que la radiographie et les traitements systématiquement appliqués permettent cependant de déceler. Parmi ces lésions des os longs : une forme hyperostosante donnant le tableau d'une périostite localisée, diffuse ou généralisée. Cette forme n'a souvent aucune existence clinique, et seule la radiographie la révèle. MM. Péhu et Enselme ont rapporté dix observations de cette forme, se caractérisant toutes par l'intensité et la diffusion de l'épaississement périostique, qui peut remanier le profil osseux et constituer les apparences d'épiphyse à un âge où la radiographie n'en révèle pas à l'état normal.

Une forme ostéomalacique ou ostéoclasiente, très particulière, très peu connue. MM. Péhu et Enselme en rapportent trois cas. Le tissu osseux est d'une faiblesse excessive et il se produit des fractures multiples vérifiées radiologiquement et nécropsiquement.

On discute depuis longtemps sur les rapports du rachitisme et de la syphilis héréditaire. De vieille date, nombre d'auteurs ont soupçonné une relation de causalité, voire de nature, entre le rachitisme et la syphilis. Astruc écrivait au siècle dernier : « S'ils vivent, les enfants de parents syphilitiques sont écrouelleux, petits, rachitiques, bossus; ils ont de grosses articulations, de grosses têtes, des nez écrasés, des jambes crochues, tournées en dehors ou en dedans, etc... »

Pour Parrot, le rachitisme ne serait qu'un dérivé de la sy-

philis, « un mode d'expression de la syphilis héréditaire, vers la deuxième année de l'existence. »

Pour A. Fournier le rachitisme se rencontre avec une fréquence considérable sur les sujets affectés de syphilis héréditaire et n'est qu'un résultat du trouble général importé par la syphilis dans l'organisme.

Marfan est revenu sur cette question de l'étiologie spécifique de certains cas de rachitisme et il considère comme relevant de la syphilis héréditaire une forme de rachitisme caractérisée par la précocité du début (avant le quatrième mois), la prédominance de lésions crâniennes y déterminant des lésions connues sous le nom de front olympien, de front en carène, de crâne natiforme, débutant toujours par du craniotabès. Dans les premiers temps de la vie, il n'y a guère que la syphilis qui puisse avoir une action assez prolongée et assez profonde pour troubler l'édification du squelette; les autres causes : l'alimentation défectueuse, les infections chroniques, comme la tuberculose; certaines infections répétées : broncho-pneumonies, pyodermites, n'agissent que plus tard après cinq ou six mois; l'ossification du crâne plus avancée est beaucoup moins troublée par le rachitisme. Donc, rachitisme précoce et craniotabès doivent conduire à la recherche de la spécificité. Si en même temps l'enfant a une anémie assez marquée, une splénomégalie précoce, on peut considérer ce rachitisme d'origine syphilitique.

Comby ne reconnaît pas au craniotabès une étiologie hérédospécifique. C'est pour cet auteur une lésion indifférente, silencieuse, qui peut s'observer chez des rachitiques, comme chez des hérédosyphilitiques, sans avoir, avec ces deux affections, un lien de parenté étiologique.

Si la syphilis doit être soupçonnée en cas de rachitisme précoce, son rôle est certainement minime dans l'étiologie du rachitisme banal de l'enfant de huit à quinze mois, et c'est le plus fréquent. Cependant, n'oublions pas de la rechercher devant les formes prolongées.

Pour compléter ce tableau du rachitisme précoce syphilitique, ce symptôme : le réseau veineux épicranien trop développé. Ce signe, décrit par Fournier, consiste en une dilatation exagérée des veines péri-craniennes partant de la temporale superficielle et de ses branches. Notre maître, le docteur Rocaz, y revient souvent dans ses consultations de l'Hôpital des Enfants.

La syphilis héréditaire semble prendre une part importante dans la détermination de nombreux syndromes nerveux. Nous examinerons successivement ses rapports avec les syndromes méningés et encéphaliques.

Syndromes méningés. — Il existe des « états méningés », dont l'affection causale reste latente, et qui apparaissent plus volontiers chez les enfants entachés d'hérédo-syphilis. La réaction de Wassermann, très souvent positive, dans le liquide céphalo-rachidien, confirme cette hypothèse (Lavergne). Parfois il s'agit de méningites syphilitiques suraiguës mortelles, simulant la méningite tuberculeuse (Comby, Nobécourt, Apert, Variot, Leredde). Cependant, ainsi que l'a montré Hutinel, quelques caractères permettent de la différencier : fièvre souvent nulle, pouls et respiration peu développés, intelligence moins obnubilée et, par contre, fréquence des convulsions et des paralysies précoces, souvent à forme hémiplegique.

De nombreux travaux ont précisé les rapports de l'hérédo-syphilis et l'hydrocéphalie chronique acquise (Rocaz, Gaucher, Comby), plus particulièrement l'école italienne. De Stéfano retrouve l'hérédo-syphilis chez trente-trois hydrocéphales sur trente-cinq. Cannata chez sept sur douze cas. Le Wassermann positif chez les mères dix fois sur douze. Quant à l'hydrocéphalie congénitale elle est presque toujours syphilitique.

Syndromes encéphaliques. — En 1909, un important mémoire de Savy, sur les encéphalopathies infantiles, nous résume la question et apporte sept observations d'hémiplégie hérédosécifique.

En 1913 et 1915, Babonneix insiste sur les rapports de l'hérédospécifique avec toutes les encéphalopathies infantiles (déplessies, maladie de Little, hémiplessies, athétoses. Cette étiologie avait été présumée par Fournier, Freund, Raymond, Hutinel. Les recherches récentes de Thomas et Long-Laudry confirment cette hypothèse : sur quatre cas de maladies de Little, quatre Bordet-Wasserman positifs.

On voit souvent, dans les consultations d'enfants, des nourrissons atteints de convulsions dites « essentielles ». Si l'on peut éliminer les traumatismes craniens obstétricaux ou autres, les maladies aiguës ou chroniques, qui peuvent provoquer des convulsions si celles-ci surviennent avant l'âge de trois mois, il faut rechercher la syphilis. Elle sera souvent en cause. L'origine des convulsions répétées, sans fièvre, en dehors de toute spasmophilie chez les petits enfants reste souvent mystérieuse. Et si l'hygiène et l'alimentation ne modifient rien, si l'interrogatoire permet un soupçon, il faudra essayer, sans trop attendre, un traitement spécifique.

De récents travaux nous ont fait connaître quelques autres signes liés souvent à l'hérédosyphilis.

C'est ainsi que l'on trouve parfois de la micropolyadénopathie, de l'adénite bilatérale sus-épitrochléenne, sur laquelle Marfan insiste tout particulièrement. Ce signe, étudié par Mlle Reichnecker, a une certaine valeur s'il n'y a aucune infection dans le territoire lymphatique, et si la cuti-réaction à la tuberculine est négative.

Blechmann et Mme Delaplace ont signalé l'adénite rétro-mastoïdienne chez des nourrissons à antécédents syphilitiques avérés. Cette adénite est souvent associée à d'autres signes reconnaissant la même étiologie.

L'hypertrophie du thymus, au cours des premiers mois de l'existence, se verrait, d'après certains auteurs, avec une fréquence assez grande dans l'hérédosyphilis. (Marfan, Mouriquand).

Les végétations adénoïdes précoces sont considérées par Marfan comme un bon signe de spécificité congénitale, à la double condition qu'elles soient vraiment précoces, c'est-à-dire apparaissant dans les six premiers mois et qu'il n'y ait pas de tuberculose. Abrand a étudié dix-sept enfants atteints de végétations adénoïdes et de coryza purulent et a retrouvé chez tous la tare hérédosyphilitique; pour lui les nouveau-nés infectés peuvent présenter une rhino-pharyngite syphilitique dont les végétations ne sont qu'une manifestation.

L'hydrocèle enkystée unilatérale, irréductible et persistante, avec induration testiculaire consécutive, a été étudiée par Marfan et ses élèves Salès et Vallery-Radot. Avant trois mois où la tuberculose est exceptionnelle, une lésion du testicule doit faire penser à la syphilis. Schwab, Vaglio ont apporté également des preuves de la coexistence fréquente de l'hérédosyphilis. Ce dernier auteur a trouvé vingt cas d'hydrocèles chez cent-quinze hérédospécifiques et vingt-quatre syphilis certaines sur cinquante-cinq cas d'hydrocèle.

Comby pense que la lésion est banale, guérit spontanément, peut coïncider avec l'hérédosyphilis, mais qu'elle n'a avec elle aucune relation pathogénique. Lesné et Nobécourt estiment qu'il faut les distinguer entre les hydrocèles du nourrisson : la plupart sont précoces, uni ou bilatérales, réductibles ou non, et guérissent spontanément; les autres, plus rares, sont associées à des lésions syphilitiques du testicule, elles sont alors toujours unilatérales, irréductibles et persistantes.

On retrouve parfois le strabisme convergent congénital, dit essentiel, que Fournier et Antonelli rangent parmi les signes de présomption.

Les malformations congénitales du cœur, et d'une façon plus générale, de l'appareil cardio-vasculaire (persistance du trou de Botal, orifices intra-ventriculaires anormaux toutes les cyanoses des nouveau-nés, anomalies orificielles) relèvent assez souvent de l'hérédospécificité. Bien souvent, dans ses consultations, le docteur Rocaz nous a fait remarquer la concomitance de la maladie de Roger avec la syphilis des géniteurs.

Pour Stéfano, ces lésions sont les expressions cicatricielles de lésions actives évoluées au cours de la vie intra-utérine.

MM. Dupérié et Mauriac signalent l'étiologie hérédo-syphilitique du syndrome de Raynaud chez le nourrisson.

Enfin, toutes les malformations et affections congénitales peuvent avoir une étiologie spécifique. Il en est de même de toutes les monstruosité, depuis les plus simples, telles que la polydactylie, jusqu'aux plus effroyables. Mais ces mêmes dystrophies peuvent aussi relever d'autres intoxications : tuberculose, alcoolisme, saturnisme, paludisme (Fournier).

Dans la syphilis héréditaire, comme dans la syphilis acquise, le tréponème « va et peut aller partout » (E. Fournier); il doit donc résulter de sa diffusion des manifestations extrêmement variables, les unes insignifiantes, souvent en apparence, les autres d'emblée redoutables. Cette dissémination n'est pourtant pas absolument capricieuse, la maladie a des préférences et nous la voyons choisir certains tissus, certains organes, certains appareils pour y imprimer sa marque.

DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS « LARVEE »

Devant l'importance de la question, il est nécessaire de faire un diagnostic exact.

Comment peut-on faire ce diagnostic ?

Par la clinique ? la caractéristique de la maladie ?

Non, car la syphilis se manifeste souvent par un syndrome, qui ne lui est pas absolument propre, et qui peut être tout aussi bien la conséquence de la tuberculose, de l'alcoolisme des générateurs ou d'une infection quelconque. Nous avons vu, dans le chapitre précédent, tous les masques qu'elle peut prendre, et ils sont nombreux.

Peut-on baser ce diagnostic sur les réactions de laboratoire ?

Sur la réaction à la luétine de Noguchi ? A peu près abandonnée, cette intradermo-réaction rencontre, dans le jeune âge, de nombreuses difficultés. Chez certains nourrissons, la peau parfois fort amincie, on a de la peine à trouver dans le derme un plan de clivage. Chez d'autres, les athrepsiques, en particulier, la peau est épaissie, résistante, et si l'enfant est mal maintenu, une partie de la luétine est injectée sous le derme. De plus, l'apparition possible d'une réaction torpide, demande une longue observation, d'un mois environ, ce que l'on ne peut toujours obtenir.

Sur la réaction de Bordet-Wassermann ? Bien plus encore que dans la syphilis de l'adulte, les réactions sérologiques n'ont, dans un cas douteux, qu'une valeur relative; si un Wassermann positif est un indice de syphilis il est bien loin d'en être de même d'une réaction négative qui ne si-

gnifie rien. Il semble exister, en effet, de multiples cas d'hérédosyphilis ne pouvant être mis nettement en évidence par le Bordet-Wassermann, qui reste négatif, ou ne franchit pas la limite des constatations indécises. En 1908, Bar et Daunay ont montré que la présence de pigments biliaires, dans le sang des nouveau-nés, explique le retard de l'hémolyse et masque une réaction de Wassermann qui pourrait être légèrement positive. Ils mettent aussi en évidence que des nourrissons, ayant des lésions sûrement spécifiques, peuvent avoir une réaction négative. Tout le monde admet maintenant ces conclusions, même avec le concours du Hetch et du Desmoulières, plus sensibles. « L'examen du sérum, difficile chez le nourrisson, et qui aboutit si souvent à un résultat négatif, est toujours insuffisant. » (Leredde.)

Une statistique de Leroux et Labbé (1911) nous apprend que la réaction de Bordet-Wassermann est positive seulement 33 p. 100 des cas dans les syphilis héréditaires frustes et latentes, dans 68 p. 100 des cas d'hérédosyphilis, avec rachitisme précoce. Enfin on la recherchera dans le liquide céphalo-rachidien et dans le liquide des épanchements des séreuses articulaires ou viscérales.

Parfois la réaction de Bordet-Wassermann est positive chez le nourrisson, négative chez la mère; l'inverse peut se rencontrer assez souvent. De nombreux cas ont été publiés. Bar et Daunay ont démontré qu'il n'y a pas une concordance absolue entre le sérum des enfants et celui des mères. D'après eux, la réaction de Wassermann est moins souvent positive avec le sérum des enfants qu'avec celui des mères, et inversement dans les cas où la syphilis maternelle est seulement probable ou suspectée, la proportion des résultats positifs est plus grande avec le sérum des enfants qu'avec celui des mères.

Leredde montre le parti que l'on peut tirer des altérations hématologiques. D'après ses recherches, sur 71 cas, 9 se rapportent à des enfants de moins d'un an et 10 à des enfants de 1 à 2 ans. Il ne trouva pas un seul « état hématologique »

normal. Les lésions essentielles sont l'hypoglobulie, associée souvent à une hypochromie, et l'augmentation du pourcentage des mononucléaires et des lymphocytes. Ces altérations sont communes aux infections chroniques. Chez le nourrisson, cependant, elle doit conduire à la recherche de l'infection spécifique, mais ici le pourcentage des éléments mononucléés est plus élevé que chez l'adulte. Pour Leredde, la coexistence chez plusieurs frères ou sœurs est un indice de syphilis. « Lorsque, sous l'influence d'un traitement, le nombre des hématies augmente, le taux de l'hémoglobine s'élève, tandis que la mononucléose s'atténue, le diagnostic étiologique se confirme. Les modifications peuvent être rapides. » (Leredde.)

Cette opinion n'est pas admise par tous les auteurs, et en particulier à la dernière conférence de la syphilis héréditaire (7 octobre 1925), plusieurs pédiatres se sont élevés contre les conclusions de M. Leredde, en faisant remarquer que les altérations sanguines décrites sont banales chez le nourrisson.

Souvent, en l'absence de séro-réaction positive du liquide céphalo-rachidien on constate de l'hypertension, une leucocytose, en général légère, un excès d'albumine et la présence de globulines. Enfin, on peut trouver des spirochètes dans le liquide céphalo-rachidien (Benda, Dupérié, Rech).

Le traitement d'épreuve peut-il nous aider à établir le diagnostic ? Sous son influence on peut observer la réactivation de la séro-réaction, l'atténuation des altérations hématologiques et des altérations du liquide céphalo-rachidien. Pour Leredde ces éléments ont une certaine valeur.

Mais il faut un traitement intensif. Et chez certains petits êtres à foie déficient, une telle médication ne va pas sans entraîner quelques dangers. Il en est même chez qui, dès le deuxième ou le troisième jour on constate de l'anorexie, un amaigrissement rapide, une pâleur accentuée, des vomissements, une diarrhée profuse, de l'albuminurie, quelquefois de l'ictère, en somme tous les signes d'une intolérance redoutable si l'on n'interrompt pas le traitement. Ces faits sont ce-

pendant très rares et, en général, la médication instituée est bien supportée. Ainsi nous n'avons jamais observé de tels accidents dans le service du docteur Rocaz où nous sommes chargé des traitements spécifiques.

A côté de l'action tréponémicide des arsenicaux organiques, nous savons que ces mêmes médicaments peuvent avoir une action eutrophique améliorant tous les phénomènes de la nutrition générale. Le bienfait de leur administration peut donc ne pas être dû à leur action spécifique, et surtout dans les cas d'hypotrophie du nourrisson; nous voyons là une cause d'erreur de diagnostic. Cependant, nous notons que l'action spécifique des arsénicaux est en général plus rapide que l'action entrophique.

On trouve parfois des organismes qui ont une résistance très manifeste pour certains médicaments, d'où nécessité, en cas d'échec, de changer la médication jusqu'au jour où l'on obtiendra des résultats satisfaisants.

Enfin, il est des cas qui ne sont nullement influencés par le traitement : une séquelle d'une lésion spécifique : l'encéphalite syphilitique par exemple.

Le diagnostic de la syphilis héréditaire « larvée » est, nous le voyons, bien difficile à établir. La clinique ne conduit pas toujours à une certitude puisque nous sommes presque toujours en présence d'une infection dégradée, atténuée, grave cependant par les affections locales qu'elle détermine. La réaction de Wassermann, trop inconstante, on ne peut compter sur elle. Enfin, nous savons les erreurs que peut entraîner, sur la confirmation du diagnostic étiologique, les résultats d'un traitement d'épreuve.

Sur quoi se baser ? Chaque signe qui fait partie de la liste des manifestations « larvées » de l'hérédo-syphilis n'ayant pas en lui-même une valeur diagnostique, nous nous basons sur l'ensemble des signes. Plus les stigmates sont nombreux, plus on se rapproche de la vérité étiologique, surtout quand ces stigmates portent sur des appareils différents. L'his-

toire du petit malade depuis sa naissance peut nous apporter quelques données renforçant notre présomption.

L'ensemble de ces signes doit conduire le médecin à l'interrogatoire discret des parents, à leur examen et aux recherches sérologiques. De cette seconde recherche peut naître une conviction qui aura la valeur d'un vrai critère. Que découvre-t-on souvent ? Une syphilis certaine, révélée par des aveux formels, ou par l'existence d'une manifestation évidente, qui ne laisse pas de doute (tabès, P. G. P.).

Parfois, antérieurement à la naissance du petit malade, la mère a eu plusieurs avortements, après le troisième, quatrième mois de la grossesse; parfois, dans une fausse-couche elle a expulsé un fœtus macéré; parfois, sans antécédents connus, sans fausse-couche antérieure, sans excès de liquide, elle accouche prématurément, sans cause appréciable, d'un enfant petit, débile, pesant un poids dérisoire. Détré a montré dans sa thèse (1912) que beaucoup de prématurés sont des syphilitiques méconnus. Aussi est-il bon, chaque fois qu'on se trouve en présence d'un prématuré, en dehors de toute cause accidentelle connue, ne présentant aucun symptôme spécifique, mais ne poussant pas franchement, de le soumettre au traitement. Parfois la mère nous signalera que l'accoucheur a constaté chez elle de l'hydramnios. C'est un cas où il est classique, sûr, de trouver la syphilis.

Il en est de même de ceux où, avec ou sans excès de liquide, il y a hypertrophie placentaire. Chaque fois que le placenta, au lieu d'être le sixième du poids du corps du nouveau-né, en est le cinquième, le quart ou le tiers, il faut craindre la syphilis. Plus la disproportion est grande, plus l'enfant doit paraître suspect. Donc nécessité de peser toujours le placenta.

Dans certaines familles on relève une grande fréquence de gestations gémellaires. MM. Hutinel, Bar, Couvelaire, Marfan, ont signalé ce fait que les grossesses gémellaires sont fréquentes dans les mariages de syphilitiques — grossesse généralement univitelline, en relation très souvent avec la spécificité

des géniteurs, « spécificité non acquise par les procréateurs, mais par les ascendants de ces procréateurs » (Bar, Couvelaire).

La polyléthalité infantile est aussi intéressante à connaître. Le nouveau-né meurt dans les premières minutes ou les premières heures de la vie, même après un accouchement normal et spontané. Il crie faiblement, présente parfois des accès de cyanose et meurt. On essaie en vain de le ranimer par des frictions, des bains chauds, rien n'y fait. Cependant on ne constate rien d'évident. « Ils ont de l'inaptitude à la vie », comme disait A. Fournier.

L'enquête familiale nous est en général d'un secours précieux, elle nous apporte souvent un concours très utile dans l'établissement du diagnostic; cependant, il ne faut pas oublier qu'elle peut parfois rester infructueuse ou être impossible (enfants abandonnés).

En résumé, nous voyons combien le diagnostic de la syphilis congénitale « larvée » est délicat. Nous la soupçonnerons toutes les fois que nous nous trouverons en présence d'une affection douteuse dont on ne peut trouver l'étiologie. Il faudra alors la rechercher par tous les moyens, et le laboratoire étant, dans ces cas-là, d'un secours minime, nous ferons souvent dans le doute un « diagnostic de sentiment » (Ribadeau, Dumas). Quoi qu'il en soit, même si les examens cliniques, si les antécédents, si les examens biologiques sont négatifs en présence de symptômes ou syndromes douteux, où les thérapeutiques diverses ont échoué, il est indiqué de faire un traitement d'épreuve, et on obtient parfois une amélioration inespérée. Et si les résultats favorables du traitement n'établissent pas toujours la nature syphilitique de la lésion, ils fournissent néanmoins un signe de quelque valeur.

Observations prises dans le Service de M. le docteur Rocaz.

OBSERVATION I.

P.-J. E..., né le 10 décembre 1920, est présenté à la consultation de M. le docteur Rocaz, parce qu'il n'augmente pas de poids et présente des troubles gastro-intestinaux. Ce nourrisson est admis avec sa mère à la Maison maternelle de Cholet.

Il est né à terme. Son poids à la naissance est de 3 k. 100.

L'accouchement a été normal, la mère, bien portante, n'a pas eu d'autre enfant et n'a pas fait de fausse-couche. Nous ne pouvons obtenir de renseignements sur le père.

Bien que nourri très régulièrement par sa mère, P.-J. E... augmente très peu de poids et d'une façon très inégale. A quatre mois, il ne pèse que 3 kil. 820.

Il a eu de l'eczéma séborrhéique, et à plusieurs reprises a présenté des troubles gastro-intestinaux et des vomissements. Il présente en outre un coryza sanguinolent des plus suspects.

Le foie un peu gros dépasse de un travers de doigt le bord des fausses côtes. A l'examen approfondi de tous ses organes, nous ne trouvons pas d'autres stigmates d'hérédo-syphilis.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative chez la mère et chez l'enfant.

Malgré la séro-réaction négative, devant la persistance du coryza et l'arrêt de croissance, on fait, comme traitement d'épreuve, une série d'injections sous-cutanées de novarsénobenzol.

Dès la troisième injection, l'enfant est véritablement transformé. Le coryza a disparu; la reprise de poids est surprenante.

Date.	Poids.	Différence.
21-3-21..	3 kil. 760..	
28-3-21..	3 kil. 770..	+ 10
4-4-21..	3 kil. 770..	0
11-4-21..	3 kil. 860..	+ 90
18-4-21..	3 kil. 820..	— 40

Traitement.

22-4-21	néosalvarsan	3 centigr.
25-4-21..	4 kil. 070..	+ 250 » 4 centigr.
29-4-21.....		» 4 centigr.
2-5-21..	4 kil. 280..	+ 210 » 4 centigr.
6-5-21.....		» 4 centigr.
9-5-21..	4 kil. 630..	+ 350 » 4 centigr.
13-5-21.....		» 4 centigr.
17-5-21..	4 kil. 950..	+ 320 » 5 centigr.
20-5-21.....		» 5 centigr.
23-5-21..	5 kil. 320..	+ 370 » 5 centigr.
27-5-21		» 5 centigr.
31-5-21..	5 kil. 620..	+ 300 » 5 centigr.

OBSERVATION II.

M.-R. M..., née le 28 novembre 1920, vient, fin janvier, avec sa mère à la Maison maternelle de Cholet. Son poids à la naissance est de 2 kil. 830. Elle est nourrie par sa mère. L'accouchement s'est fait à terme

Jusqu'à l'âge de 4 mois, on constate une augmentation de poids très inférieure à la normale. Puis, chute brusque du poids. Cinq mois après sa naissance, M.-R. M..., ne pèse plus que 3 kil. 500

La mère paraît bien portante Elle n'a pas eu d'autre enfant, n'a pas fait de fausses-couches. Pas de renseignements sur le père.

Donc, arrêt de croissance complet; cependant l'enfant prend au sein chaque fois sa ration normale. On observe, en outre, une teinte brune généralisée de la peau, sans manifestations muqueuses.

Il n'existe pas de signes apparents de spécificité.

La réaction de Wassermann est négative chez la mère et l'enfant.

On est amené, malgré la négativité des signes, à faire un traitement par le novarsénobenzol en injections sous-cutanées. Presque aussitôt on note un relèvement du poids et la disparition progressive de la pigmentation sur le corps.

La transformation de l'état général est remarquable.

Tableau.

Date.	Poids.	Différence
11-4-21..	3 kil. 910.	
18-4-21..	3 kil. 710..	—200
26-4-21..	3 kil. 690..	— 20
2-5-21..	3 kil. 500..	—190

Date.	Poids.	Différence.	Traitement.
6-5-21			néosalvarsan 4 centigr.
9-5-21..	3 kil. 790..	+ 290	» 4 centigr.
13-5-21.....			» 4 centigr.
16-5-21..	3 kil. 920..	+ 130	» 4 centigr.
20-5-21			» 4 centigr.
24-5-21..	4 kil. 050..	+ 130	» 4 centigr.
27-5-21			» 4 centigr.
30-5-21..	4 kil. 180..	+ 130	» 4 centigr.

OBSERVATION III.

Jacqueline N..., 5 mois, est amenée le 22 octobre 1924, à la consultation du docteur Rocaz (Hôpital des Enfants) parce qu'elle a une grosse tête.

Cette enfant est née avant terme à sept mois. Donc accouchement prématuré de la mère (attribué à une chute faite dans un escalier). Enfant nourri à l'allaitement mixte pendant deux mois (sein et biberon), puis complètement au sein,

A l'âge d'un mois J. N... a eu des convulsions pendant lesquelles elle se cyanosait, puis faisait des mouvements des bras et des jambes, mouvements de grande amplitude avec des convulsions des globes oculaires. Ces convulsions se sont reproduites tous les huit jours pendant deux mois, puis se sont espacées. Vers le deuxième mois on constate une augmentation notable du volume de la tête avec un réseau veineux épieranien très développé.

A ce moment-là elle fut soignée par le docteur Saint-Philippe avec des frictions mercurielles et des gouttes.

Au troisième mois nous notons l'apparition de vomissements assez fréquents accompagnés de diarrhée. Enfin, une crise d'entérite. — Malgré le traitement mercuriel la tête continue à augmenter de volume.

Sa mère n'a jamais fait de fausses-couches, n'a pas eu d'enfants mort-nés. Ses deux frères, sa sœur et son père sont bien portants.

A l'examen de cette enfant nous constatons une hydrocéphalie énorme, avec des fontanelles largement ouvertes. La fontanelle bregmatique a 12 centimètres de longueur, 17 centimètres de largeur.

Son tour de tête mesure 54 centimètres, la hauteur du front 9 centimètres.

Nous trouvons du craniotabès, et la circulation veineuse épieranienne est toujours très développée.

A l'examen de ses yeux nous constatons un strabisme intense. Elle n'a pas de coryza.

Signalons enfin une légère raideur du membre inférieur droit.

Les réflexes sont normaux.

Examen du liquide céphalo-rachidien :

Albumine, 0 gr. 20; sucre, normal; liquide clair; réaction cytologique, normale; réaction de Pandy, positive faible, tardive; réaction de Bordet-Wassermann, faiblement positive.

Examen du sang :

Réaction de Bordet-Wassermann, négative; réaction de Bordet-Wassermann, positive dans le sang de la mère.

On fait une série d'injections de Quimby (20).

Le 5 novembre 1924, arrêt des convulsions. L'hydrocéphalie semble rester stationnaire.

Le 7 janvier 1925, augmentation du développement cranien; tour de tête : 0 m. 57. On fait une ponction.

Le 2 février 1925, on fait une nouvelle ponction et on commence une série d'injections de sulfarsénol (20).

Les accidents se calment, l'enfant n'a plus de convulsions, plus de vomissements. La tête reste stationnaire.

Après un repos d'un mois on recommence une nouvelle série de sulfarsénol. L'état de l'enfant semble s'améliorer.

OBSERVATION IV.

Christiane B... 2 mois et demi, est amenée à la consultation du docteur Rocaz, le 25 janvier 1924, parce qu'elle présente divers troubles; elle pleure souvent, a de la diarrhée, pas de vomissements.

A l'examen on voit une hydrocéphalie. Ses fontanelles sont hypertendues. la circulation veineuse épicroanienne est très marquée.

Sa nuque est contractée.

Notons encore un érythème fessier.

On fait une ponction lombaire. Réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien très fortement positive. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative. Egalement négative dans le sang de la mère. Nous apprenons en outre que la mère a eu un premier enfant mort à 6 mois d'accidents méningés.

Le 26 mars 1924 on commence une série d'injections sous-cutanées de sulfarsénol. Nous injectons 1 centigramme par kilo de poids que nous diluons dans 1 cc. d'eau distillée et nous renouvelons cette injection deux fois par semaine. Nous faisons 20 piqûres.

La médication est bien supportée, nous constatons la disparition des divers troubles signalés plus haut. L'hydrocéphalie reste stationnaire.

Le 19 août 1924 l'enfant a une nouvelle crise de diarrhée. Elle pousse mal, augmente peu de poids. On fait une seconde série de 20 piqûres de sulfarsénol.

Le 2 janvier 1925 on fait une troisième série de 15 piqûres de sulfarsénol.

Enfin le 8 septembre 1925 une quatrième série de 10 piqûres de sulfarsénol.

Nous laissons l'enfant avec un état général assez satisfaisant. Les divers troubles signalés plus haut se sont nettement améliorés. Son hydrocéphalie et sa circulation veineuse épicroanienne persistent, mais semblent s'être atténués.

OBSERVATION V.

Jacques B..., 15 jours, frère de l'enfant dont nous venons de donner l'observation (Christiane B...), est amené à la consultation du docteur Rocaz le 13 octobre 1924. L'enfant ronfle la nuit, il a de la diarrhée. A l'examen nous trouvons un gros foie, pas de rate perceptible, une circulation veineuse épicroanienne.

On fait faire des frictions à l'onguent napolitain, on donne de la liqueur de Van Swieten.

Le 3 décembre 1924 il est apporté à nouveau à la consultation. L'enfant présente un bel ictère, ses urines sont colorées (acajou).

Connaissant ses antécédents collatéraux, une petite sœur ayant présenté des troubles douteux, on commence un traitement au sulfarsénol (15 injections). Dès la seconde injection nous constatons une bonne amélioration.

Le 5 janvier 1925, l'ictère a complètement disparu, l'enfant est en très bon état.

Le 6 février 1925, le bon état général persiste, mais apparition d'une hydrocèle droite.

Le 20 mars 1925, on note une ébauche de convulsions.

On fait une seconde série : 15 injections de sulfarsénol.

Le 4 septembre 1925, on commence une troisième série de 15 injections de sulfarsénol.

Nous laissons l'enfant nettement amélioré. Il n'a plus de convulsions.

OBSERVATION VI.

Jean D..., 2 mois, vient à la consultation du docteur Rocaz le 17 janvier 1923.

Enfant hypotrophique, qui n'augmente que peu et très irrégulièrement de poids. Aucune faute dans son alimentation. Quelques vomissements. Crises de diarrhée.

La réaction de Bordet-Wassermann de la mère est positive. Elle a fait une fausse couche.

On fait une série de 15 injections de sulfarsénol qui améliore considérablement son état.

Actuellement il a reçu quatre séries de sulfarsénol. Son état général est bon.

OBSERVATION VII.

Guÿ M..., 5 mois, vient à la consultation du docteur Rocaz, le 26 janvier 1925. Hydrocéphalie considérable avec circulation veineuse épicroanienne très développée. Grosse rate, foie à peu près normal.

L'enfant présente une paralysie faciale.

Une première série de 20 injections de sulfarsénol améliore nettement son état. La paralysie faciale disparaît, le volume de la tête diminue. On lui fait actuellement une troisième série (15 injections) de sulfarsénol.

OBSERVATION VIII.

Robert B..., 10 mois, est amené le 10 octobre 1923 à la consultation du docteur Rocaz (Hôpital des Enfants).

Présente un syndrome méningé. Enfant rachitique.

On fait une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien est normal, on ne trouve pas de réaction cytologique, pas de sucre, pas d'albumine.

Ne pouvant définir cet état méningé, on cherche dans les antécédents du petit malade. On trouve :

Une sœur du petit malade, sœur jumelle morte il y a trois jours de méningite en quarante-huit heures.

Un frère mort à six mois de méningite en vingt-quatre heures.

Dans la famille de la mère, grande polymortalité infantile. Surdité chez le père, de plus un frère du père a fait des crises de folie.

On cherche la réaction de Bordet-Wassermann :

Est très positive chez le père;

Faiblement positive chez la mère;

Négative chez l'enfant.

On fait aussitôt un traitement mercuriel chez l'enfant, on obtient une amélioration rapide.

Le 16 octobre on commence une série de 20 piqûres de Quimby.

Le 16 janvier 1924 on lui donne du lactate d'hydrargyre.

Enfin, le 25 mai 1924, série de 20 piqûres de sulfarsénol.

L'enfant présente un assez bon état général.

OBSERVATION IX.

Gisèle B..., 1 mois et demi, est amenée à la consultation du docteur Rocaz le 15 décembre 1924.

Née à terme, mais depuis sa naissance dépérit journellement, vomit après chaque tétée.

Rachitisme cranien, craniotabès, circulation veineuse  picranienne, nodosités costales, ventre mou.

Bronchite depuis sa naissance.

Réaction de Bordet-Wassermann positive.

On fait un traitement au sulfarsénol. Dès les premières injections ses t t es ne sont plus suivies de vomissements. Son  tat général s'améliore, sa courbe de poids progresse.

OBSERVATION X.

Jean L..., 4 mois, vient le 13 juin 1924 à la consultation du docteur Rocaz.

Enfant chétif, léger rachitisme cranien avec craniotabès. Grosse rate. Testicules durs. Adénite rétro-mastoïdienne.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative chez la mère et l'enfant, mais faiblement positive chez le père.

On fait trois séries de sulfarsénol qui améliorent nettement son état.

OBSERVATION XI.

J. L..., 7 mois, vient à la consultation du docteur Rocaz le 17 juillet 1922.

C'est une enfant hypothyroïdique, très émaciée, qui présente de l'érythème fessier. Quelques vomissements.

Elle refuse absolument toute nourriture. Anorexie complète.

Son ventre est souple, ballonné, elle n'a pas de gros foie, pas de grosse rate.

Son père et sa mère semblent bien portants. L'enfant est né à terme.

Une prise de sang du père donne une réaction de Bordet-Wassermann positive.

On fait des injections de sulfarsénol. Transformation immédiate de l'état général. L'enfant prend ses biberons, ne vomit plus et engraisse de 268 grammes en une semaine. Depuis, l'amélioration ne cesse de continuer.

Actuellement, c'est une enfant normale, mais nerveuse (bégaiement), capricieuse.

Le père a suivi un traitement spécifique intensif et le Wassermann est devenu négatif.

OBSERVATION XII (résumée).

(CASSOUTE, *Bulletin de la Soc. de Pédiatrie*, Paris, 1914.)

L'enfant J..., 6 mois, entre le 31 décembre 1913 à l'hospice départemental de Marseille avec sa mère comme nourrice.

Le 2 janvier — c'est l'usage — on cherche la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang de la mère et celui de l'enfant. Chez

l'enfant on trouve une séro-réaction positive, chez la mère une séro-réaction négative. Quinze jours après nouvelles recherches; même réponse du laboratoire.

L'enfant ne présente aucun signe apparent de spécificité. C'est un atrophique, qui malgré l'allaitement maternel ne pèse à 5 mois que 4 kil. 600.

Sa rate est percutable, son foie gros.

Chez la mère aucuns signes suspects. N'a pas eu d'avortements antérieurs.

L'enfant est soumis au traitement mercuriel; on injecte chaque fois un quart de centigramme de biiodure. Dès le début la courbe de poids progresse rapidement; en un mois augmente de 850 grammes alors qu'avant c'est à peine s'il gagnait 350 grammes pendant le même temps.

OBSERVATION XIII (résumée).

(Docteur MÉRY et M^{me} GENIN, *Bull. de Soc. de Pédiatrie*, 1919.)

Georgette D..., née à terme, élevée au biberon, est bien portante jusqu'à 6 mois, époque où ses articulations ont commencé à augmenter de volume, à être douloureuses à la pression. A partir de ce moment les mouvements sont de plus en plus limités, enfin déformations des grosses articulations et rétraction en flexion des membres. L'enfant ne semble ni voir, ni comprendre. La réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive.

Père et mère bien portants. La mère n'a pas fait de fausses couches.

On fait une série de 10 piqûres de biiodure d'hydrargyre à 2 milligrammes. Amélioration très marquée, diminution du volume des genoux et des pieds, mouvements plus libres.

Une radiographie ne montre aucun épaississement des extrémités osseuses.

OBSERVATION XIV (résumée).

(MONIQUAND, BUCHE et BARRE, *Lyon médical*, 1922.)

Marcel M..., 15 mois, amené à l'hôpital pour convulsions et cornage.

De ses antécédents héréditaires rien à signaler. Pas de grossesse antérieure, pas de fausses couches de la mère.

Né à terme, pèse à la naissance 2 kil. 100.

A eu quelques jours après un ictère qui dura trois semaines.

Nourri au sein les quinze premiers jours, puis au biberon. Diarrhée fréquente.

Un mois environ avant de l'amener à l'hôpital, Marcel M... a présenté des convulsions répétées plusieurs fois par jour; en même temps, s'installe un ronflement qui survient d'abord par accès, puis augmente, enfin devient continu. C'est à ce moment-là que l'on voit l'enfant.

A l'examen : cornage inspiratoire et expiratoire continu, pas de matité présternale, pas de signe de Rehn, mais chaque jour crises de plus en plus fortes avec tirage, état subasphyxique.

Légère hydrocéphalie avec grande fontanelle non encore fermée.

Eruption vésico-pustuleuse sur la tête, le thorax et les pieds.

Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang du petit malade très positive.

La radiographie montre un élargissement de l'ombre médiastinale au-dessus de l'opacité cardiaque (hypertrophie thymique).

Cuti-réaction négative.

On fait traitement radiothérapeutique et traitement anti-syphilitique (novarsénobenzol en injection sous-cutanée : deux de 0,01 centigramme la première semaine et cinq de 0,02 centigrammes pour les suivantes).

Les jours intercalaires aux injections on fait friction à l'onguent napolitain.

L'état de l'enfant s'améliore rapidement. Les lésions cutanées régressent; les accidents dyspnéiques ont disparu, le tirage et le cornage ont diminué. Enfin une nouvelle radiographie nous montre une diminution nette de l'ombre médiastinale.

RESUME ET CONCLUSIONS

Dans ce travail nous insistons sur la rareté relative de la syphilis « évidente » du nourrisson, en opposition avec la fréquence de la syphilis « larvée ». Sous ce terme de syphilis « larvée » il faut entendre la syphilis qui prend le masque d'une autre affection ou qui engendre des syndromes d'apparence banale, ou, enfin, qui se manifeste par une hypotrophie de cause indéterminée.

Après avoir énuméré les principaux troubles morbides du jeune âge imputables à la syphilis, nous montrons les divergences d'opinion des auteurs sur le rôle de la syphilis dans leur genèse.

Certains soupçonnant la syphilis dans 93 p. 100 de ces troubles, tandis que d'autres l'estiment à 5 p. 100.

Devant ces divergences il est utile d'étudier la valeur des moyens de diagnostic de la syphilis « larvée », mis à la disposition du clinicien. Après avoir fait la critique des méthodes de laboratoire, nous concluons que seule la clinique basée sur l'étude des antécédents familiaux peut conduire à un diagnostic de probabilité souvent voisin de la certitude.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

A. MOUSSOUS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 16 décembre 1925.

Pr le Recteur de l'Académie,

Le Doyen délégué,

C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONELLI. — Contribution aux formes frustes de la syphilis héréditaire. *France médicale*, Paris, 1898.
- Fréquence et mécanisme pathogénique du strabisme chez les hérédo-syphilitiques. *Ann. des mal. vénér.*, Paris, 1907.
- ASTROS (D'). — OEdème et néphrite de la syphilis héréditaire précoce. *Marseille médical*, 1908.
- BABONNEIX. — Encéphalopathies infantiles in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, Maloine, éditeur.
- BABONNEIX (L.). — L'hydrocéphalie syphilitique. *Le monde médical*, 1^{er} janvier 1922.
- BABONNEIX et DUGUÉ. — Hérédo-syphilis avec manifestations insolites : ichtyose, pigmentations cutanées, maladie de Roger. *Gaz. des Hôp. de Paris*, 1923.
- BARBIER. — A propos du traitement de l'hérédo-syphilis. Soc. de Pédiatrie, 24 mai 1921.
- BARTHELEMY (R.). — Hérédo-syphilis des glandes endocrines. Thèse de Paris, 1919; *Bulletin médical*, 27 septembre 1919.
- La place à donner au bismuth dans le traitement de la syphilis. *L'Hôpital*, 1923, p. 197.
- BARTHELEMY (Alfred). — Hérédo-syphilis des glandes endocrines (lésions et syndromes). Origine endocrinienne de certains stigmates dystrophiques. Thèse Paris, 1919.
- BAR et DAUNAY. — Recherches sur le séro-diagnostic de la syphilis chez la femme enceinte et l'enfant nouveau-né. *L'obstétrique*, 1919.
- BARBARY. — Atrophie des nourrissons hérédo-syphilitiques. Thèse Paris, 1919.

- BÉNARD et PINARD (M.). — Réaction de Bordet-Wassermann en sérum frais; sa valeur pour le diagnostic et la conduite du traitement de la syphilis. Soc. méd. des hôpitaux, 6 juin 1919.
- BERTIN et GAYET. — Syphilis héréditaire et réaction de Wassermann. *Rev. de méd.*, mai 1910.
- BERRE. — Etude clinique sur l'hérédo-syphilis à forme fruste chez les nourrissons. Thèse Paris, 1900.
- BLANQUART. — Le diagnostic précoce de l'hérédo-syphilis (rôle de la clinique et du laboratoire). Thèse Lille, 1908.
- BLANCHET. — Contribution à l'étude de la syphilis chez les nouveau-nés. Thèse Paris, 1912.
- BAUMGARTEN. — Sur les infections mixtes tuberculo-syphilitiques chez les nouveau-nés. (IV^e congrès de dermatologie de Breslau, in *Ann. de Dermat. et Syphil.*, 1894.)
- BLECHMANN. — Trente-huit interviews sur la syphilis héréditaire. *Le Nourrisson*, 1923. *L'Hôpital*, 1923.
- Cent injections par les veines jugulaires et épicrotiennes chez les nourrissons et enfants au premier âge appliquées au traitement de la syphilis héréditaire. *Bull. Soc. de Pédiatrie*, Paris, 1914.
- BLECHMANN et DELAPLACE. — L'adénite rétro-mastoïdienne; sa valeur diagnostique dans la syphilis héréditaire du nourrisson. *Bull. Soc. de Pédiatrie*, Paris, 1923.
- BLECHMANN. — Cyanure de mercure chez le nourrisson. *Paris méd.*, 5 nov. 1921, n° 45.
- Irido-choroïdite du nourrisson traitée par injections intra-veineuses quotidiennes de Cy d'Hg. Soc. Péd., 21 juin 1921.
- BLECHMANN et DELORT. — La réaction à la luétine de Noguchi dans la syphilis infantile. *Bull. Soc. Pédiatrie*, Paris, 7 avril 1914.
- BODIN. — Traitement de la syphilis héréditaire chez le nouveau-né par les injections mercurielles. *Bull. Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, Rennes, 1905.

- BOISSARD et DEVÉ. — La nutrition chez les hérédosyphilitiques (marche et valeur de la courbe alimentaire). *Bull. Soc. obstétr.*, Paris, 1904.
- BOISSERIE-LACROIX. — Les formes larvées de la syphilis du nourrisson. *Bulletin médical de Bordeaux*, mars 1924.
- BRIN et LEGRAIN. — Le bismuth dans le traitement de la syphilis. Gaston Doin, 1924.
- BURGARD. — Les symptômes céphaliques de la syphilis héréditaire fruste. Thèse Paris, 1908.
- CABANNES. — Etude sur les lésions du nerf optique dans l'hérédosyphilis. Congrès intern. de méd., Lisbonne, 1906.
- CABANNES et MONToux. — Kératite interstitielle hérédosyphilitique. Résistance au mercure et au bismuth. Amélioration rapide par le sulfarsénol. Soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux, 24 avril 1925.
- CAJAL et SPIERER. — Bismuthothérapie dans la syphilis. *Presse médicale*, 18 avril 1925.
- CANELLI (Adolfo). — Le bismuth dans le traitement de la syphilis congénitale. *La Pediatria*, XXXI^e année, fasc. XVIII, 15 sept. 1925.
- CARLE. — Sur la syphilis héréditaire : prophylaxie et traitement. *Journal de méd. de Lyon*, 5 octobre 1924, p. 579.
- CASSOUTE. — Traitement de l'hérédosyphilis du nourrisson à l'Hospice des Enfants Assistés de Marseille. *Pédiatrie*, juillet 1922.
- CASSOUTE et TEISSONNIÈRE. — Traitement de l'hérédosyphilis du nourrisson par l'arsénobenzol. *Bull. Soc. de Pédiatrie*, Paris, 18 mai 1920.
- CASSOUTE. — Quelques considérations à propos d'un Wassermann positif chez un nourrisson et négatif chez sa mère. *Bull. Soc. Pédiatrie*, Paris, 1914.
- CASTEL (du). — Réaction de Wassermann et traitement d'épreuve. *Rev. génér. de clin. et thérap.*, Paris, 1923.
- CHAMBRELENT. — Le salvarsan et le nouveau-né. *Arch. mens. d'obst. et gynécol.*, Paris, 1913.

- COMBY (J.). — Traitement de la syphilis héréditaire chez les enfants. Soc. méd. des hôp. de Paris, p. 1513, 17 nov. 1922.
- COULON. — Tumeur du corps thyroïde chez un nouveau-né issu de père et mère syphilitiques secondaires. Traitement mercuriel. Disparition de la tumeur. *Arch. méd. d'Inf.*, Paris, 1905.
- Hémorragies intestinales mortelles chez un nourrisson syphilitique. *Arch. méd. d. Inf.*, Paris, 1905.
- DANTOS. — Syphilis héréditaire et tuberculose ganglionnaire. *Ann. de dermat. et syphilig.*, 1903.
- Syphilis héréditaire et méiopragies. *Bull. méd.*, 23 février 1918.
- DAVID ROGER. — L'hérédo-syphilis dans une consultation de nourrissons. Thèse Paris, 1923-24.
- DEBRÉ (R.) et SEMELAINNE (G.). — Les hémorragies méningées par pachyméningite hémorragique chez le nourrisson. Soc. de Pédiatrie, 17 février 1923.
- DEGUY et BABONNEIX. — Craniotabès hérédo-syphilitique. *Bull. Soc. Pédiatr.*, Paris, 1902.
- DONZEAU (Mlle). — La maladie des vomissements habituels du nourrisson dans ses rapports avec la syphilis héréditaire. Thèse Paris, 1922.
- DROUET (Georges). — Le traitement de la syphilis par le bismuth. Maloine, 1924.
- DROUIN (H.). — *Manuel de syphiligraphie pratique*. La syphilis et la pratique. Vigot frères.
- DRUELLE. — Hérédo-syphilis et hypospadias. *Ann. d. mal. vén.*, Paris, 1909.
- DUFOUR. — Sur la valeur séméiologique de certaines hydrocèles vaginales chez le nouveau-né. *Bull. soc. Péd.*, Paris, 1923.
- DUPÉRIÉ. — Syndrome de Raynaud d'origine hérédo-syphilitique chez un garçon de 2 ans. *Gaz. hebdomadaire des soc. méd.*, 2 septembre 1923, n° 35.
- DUPÉRIÉ, CADENAULE et CLARAC (J.). — Sur un cas de syphilis héréditaire précoce traitée par le stovarsol ou 190. Soc. de méd. et chir. de Bordeaux, 6 juin 1924.

- EMERY, RENAULT (J.), MORIN (A.). — Le traitement actuel de la syphilis. Baillières, 1921.
- EUCOUTRE (R.). — Contribution à l'étude d'un traitement sulfarséno-mercuriel de l'hérédo-syphilis précoce. Thèse de Bordeaux, 1922.
- FAVRE et DUPASQUIER. — La consultation des maladies héréditaires à la Charité. *J. de méd. de Lyon*, 5 juillet 1924.
- FABRE et BOURRET. — De l'emploi du 606 dans le traitement de l'hérédo-syphilis. *Lyon méd.*, 1912.
- FABRE et TRILLAT. — De l'emploi de la radiographie pour la recherche des lésions du cartilage de conjugaison dans la syphilis héréditaire. *Bull. soc. obst.*, Paris, 1909.
- FAROY. — Le pancréas et la parotide dans l'hérédo-syphilis du fœtus et du nouveau-né. Thèse Paris, 1909.
- FERREIRA. — Les cris incessants comme symptôme de l'hérédo-syphilis. *Arch. méd. d. Enf.*, Paris, 1909.
- FERNET (P.). — Le traitement de l'hérédo-syphilis. *Bulletin médical*, 1922.
- FOURNIER (E.). — Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis. Thèse Paris, 1898.
- FOUREST. — Traitement de l'hérédo-syphilis du nourrisson par injection intraveineuse de novarsénobenzol. Thèse de Lyon, 1920.
- FRANÇOIS — Amélioration du procédé de préparation du lactate mercurique. *Journal de pharmacie et de chimie*, 16 janvier 1917, 7^e série, t. XV, p. 33.
- GAUCHER. — Traitement de l'hérédo-syphilis. *Journal de méd. inf.*, Paris, 1904.
- GOUGEROT (H.). — Bismuthothérapie. *J. des praticiens*, n° 16 bis, 25 avril 1923.
- GUILLEMOT. — Essai de traitement de la syphilis héréditaire précoce par le stovarsol. Soc. de Pédiatrie, 20 mai 1924.
- GUILLAIN et LEVY-FRANCKEL. — Microdactylie symétrique aux mains et aux pieds chez un hérédo-syphilitique. *Bull. et mém. Soc. méd. d. hôp.*, Paris, 1907.

- HALLEZ — Contribution à l'étude des anémies avec splénomégalie chez le nourrisson (forme pseudo-leucémique). *Le nourrisson*, 1921, n° 1, p. 25.
- Symptômes et diagnostic de la syphilis héréditaire du nouveau-né et du nourrisson. *Progrès méd.*, Paris, 1922, n° 44.
- HUDELO et RABUT. — Résultat sérologique de la médication bismuthique dans le traitement de la syphilis. II^e Congrès de dermat. et vénérologie, Strasbourg, juillet 1923.
- HUTINEL. — Les néphrites de la syphilis héréditaire infantile. *Arch. de méd. des enfants*, novembre 1922.
- Manifestation de la syphilis héréditaire chez le nouveau-né. *Gaz. des mal. infantiles*, Paris, 1908.
- Syphilis héréditaire et dystrophies. *Arch. de méd. des enfants*, février 1920.
- Rachitisme et syphilis héréditaire. *Bull. méd.*, 14 juin 1919.
- HUTINEL (V.). — La syphilis héréditaire. Sa prophylaxie dans le service des Enfants-Assistés. *Le nourrisson*, 1923, p. 209.
- Vue d'ensemble sur les dystrophies du premier âge in les dystrophies de l'adolescence. Paris (Masson, édit.), 1924.
- LAFAYE (A.). — Méthodes nouvelles de diagnostic étiologique et de traitement de la syphilis héréditaire. Thèse Paris, 1920.
- LAURENT. — Traitement de la syphilis par l'oxy-acétyl-aminophényl-arséniate organique. *Ann. des mal. vénériennes*, juillet 1923, avril 1924.
- LAVERGNE. — Les réactions méningées latentes dans la syphilis héréditaire. *Le nourrisson*, mai 1919.
- LEMAIRE (Henri) et LEVY (Maurice). — Les enseignements de la réaction de Bordet-Wassermann au point de vue de la prophylaxie de l'hérédosyphilis. *Paris médical*, 10 janvier 1925, n° 2.
- LEMAIRE (H.) et DAVID. — L'hérédosyphilis dans une consultation de nourrissons. *Bull. de soc. de Pédiatrie*, Paris, 1923.
- LERENARD. — Valeur diagnostique de la courbe alimentaire chez le nouveau-né hérédosyphilitique. Thèse Paris, 1908.
- LESAGE et KOURIANSKY. — La débilité et l'atrophie congénitale syphilitique et leur traitement. *Le nourrisson*, 1919.

- LEREDDE. — Hémodiagnostic de la syphilis héréditaire. *Bull. et mém. de la soc. de méd. de Paris*, 13 juin 1924.
- La syphilis ignorée de la première enfance. *Courrier médical*, 9 mars 1924.
- Essai sur le diagnostic de la syphilis héréditaire. *Presse méd.*, Paris, 1923.
- LÉRI, TZANCK et PÉRON. — Statistique sur la valeur comparée de l'arsenic intraveineux et du bismuth intramusculaire. II^e Congrès de dermat. et vénéréol., Strasbourg, juillet 1923.
- LEVADITI. — Le bismuth dans la syphilis. *Presse médicale*, 26 juillet 1922.
- LESNÉ. — Mode d'administration et posologie du mercure chez le nouveau-né et le nourrisson. *Bull. soc. Pédiatrie*, Paris, 1908.
- LEVY, BING et DUREUX. — Traitement de la syphilis du nourrisson. *L'enfance*, Paris, 1913.
- MARFAN. — Le lactate de mercure dans le traitement de l'hérédosyphilis.
- De l'hypertrophie chronique de la rate dans la syphilis héréditaire précoce et de sa haute valeur pour le diagnostic de cette maladie. *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, Paris, 1903.
- La maladie des vomissements habituels. *Le nourrisson*, mars 1919.
- Etude sur les végétations adénoïdes des nourrissons et plus particulièrement sur leurs causes. *Le nourrisson*, mars 1917.
- Hémiplégie chez une fillette hérédosyphilitique âgée de 5 mois. Guérison par le traitement antisymphilitique. *Ann. de dermat. et de syphiligraphie*, 1887, p. 540.
- Les convulsions dans la première enfance. *Presse méd.*, 10 août 1921.
- Quatre leçons sur le rachitisme. *Le nourrisson*, 1922.

- MARFAN. — La solution aqueuse du lactate mercurique à 1 p. 1.000 dans le traitement de la syphilis du premier âge. *Le nourrisson*, mars 1918.
- Le traitement de la syphilis congénitale du nouveau-né et du nourrisson. *Journal des Praticiens*, 25 avril-2-mai-16 mai 1923.
- MARFAN et LEMAIRE. — Fréquence de la syphilis chez les nourrissons atteints de vomissements habituels.
- MARTIN (Etienne). — Mort subite des enfants et hérédosyphilis. *Ann. de méd. leg.*, Paris, 1923.
- MACERA. — Las convulsiones en los lactantes por hereditarias. *Semana medica*, Buenos-Aires, 1922.
- MERKLEN, DEVAUX, DESMOULIÈRES et PARIS. — Gemellarité et syphilis. *Journ. de méd. et chirurg. pratiques*, 1921, p. 581.
- MILIAN et GIRAULT. — Réactivation biologique de la réaction de Wassermann. *Bull. de soc. méd. des hôp.*, Paris, décembre 1911.
- MILIAN. — Les voies d'introduction des médicaments dans la thérapeutique antisyphilitique. II^e Congrès de dermat. et de vénér., Strasbourg, 25-26-27 juillet 1923.
- MILIO GIULIO. — Contribution à la thérapeutique de la syphilis héréditaire. *Pediatrics*, XXXI, fasc. VIII, 15 avril 1925.
- MILON. — Contribution à l'étude de l'ictère chez les nouveau-nés syphilitiques. Thèse Paris, 1897.
- MINET. — La formule hématologique de l'hérédosyphilis (numération des globules, formule hémoleucocytaire. *Compte rendu de soc. biologie*, Paris, 1910.
- MOURIQUAND, BUCHE et BARRE. — Syndrome thymique et hérédosyphilis. *Lyon méd.*, 1922.
- MOURIQUAND et BERNHEIM. — Sur un cas de maladie de Parrot avec Bordet-Wassermann négatif. *Arch. de méd. des enf.*, avril 1924, p. 228.
- NADAL (Léon). — Scléroses pulmonaires et médiastinales de l'enfant et hérédosyphilis. Thèse Paris, 1919.
- NADAL. — De l'importance du diagnostic bactériologique précoce de la syphilis. Thèse Nancy, 1920.

- NAVARRO, BERETEREVIDE et GARAHAN. — L'hydrocéphalie acquise. *Arch. de méd. d. enfants*, décembre 1922.
- NICOLAS (J.). — Considérations sur la direction générale du traitement de la syphilis. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 avril 1921.
- NOBÉCOURT et BONNET. — Réaction de Bordet-Wassermann et syphilis chez les nourrissons, leurs mères et les femmes en état de gestation. *Presse méd.*, 20 octobre 1920.
- NOBÉCOURT et NADAL. — Fréquence de l'infection tuberculeuse chez les enfants hérédo-syphilitiques. *Bull. de la soc. de Pédiatrie*, décembre 1923. — Discussion : Marfan-Barbier sur la valeur de la réaction de Bordet-Wassermann dans l'hérédo-syphilis.
- NOGUiÈS. — Ponction lombaire et convulsions. *Gaz. des soc. méd. de Bordeaux*, 17 avril 1921.
- PARISOT. — Cinq observations de craniotabès. Thèse Paris, 1925.
- PÉHU et LAMY. — Sur l'hypertrophie de la rate dans la syphilis héréditaire du nourrisson. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 février 1922.
- PÉHU. — Sur la syphilis des os longs observés dans la première enfance. *Le Journ. de méd. de Lyon*, 5 novembre 1924.
- Notes sur les étapes de la syphilis congénitale. *L'Hôpital*, 1925.
- PINARD (Marcel). — Traitement de l'hérédo-syphilis du nourrisson. *La Médecine*, novembre 1921.
- PINARD (Marcel) et GIRAUD (Pierre). — La stérilisation de la syphilis chez le nouveau-né et le nourrisson. Contrôle du traitement sérologique et céphalo-rachidien. Soc. méd. Hôp., Paris, 21 juillet 1922, p. 1205.
- PINARD (Marcel). — Sur quelques signes peu connus d'hérédo-syphilis. *Clin.*, Paris, 1923.
- PETGES. — A propos de la réactivation biologique de la réaction de Wassermann. *Gaz. hebd. des soc. médicales de Bordeaux*, 11 février 1922.
- POMARET et DIDRY. — Mercure ou bismuth ? Sels solubles ou insolubles ? *Progrès médical*, 9 juin 1923.

- PÉCHEUR. — Néphrite hérédo-syphilitique précoce. Thèse Lyon, janvier 1921.
- QUESLIER (Mlle). — Les néphrites interstitielles dans l'hérédo-syphilis. L'évolution des néphrites aiguës chez les hérédo-syphilitiques. Thèse Paris, 1920.
- RACADOT (R.). — Contribution à l'étude des formes graves du rachitisme chez les enfants atteints d'hérédo-syphilis. Thèse Paris, 1919.
- RENAULT (G.) et MICHEL (R.). — Quatre observations de pseudo-paralysie de Parrot. Soc. de Pédiatrie, 24 mai 1921.
- RENAULT. — Traitement de l'hérédo-syphilis du nourrisson. *Bull. soc. Pédiatrie*, 15 juin 1920; *L'Hôpital*, août 1921.
- REICHENECKER. — L'adénite sus-épitrochléenne. Sa valeur pour le diagnostic de la syphilis héréditaire du nourrisson et de l'enfant. *Le nourrisson*, juillet 1915, p. 193.
- RIBADEAU-DUMAS et FAROY. — De l'athrepsie hérédo-syphilitique et les lésions des glandes digestives déterminées par l'hérédo-syphilis. *Le nourrisson*, 1919.
- RIBADEAU-DUMAS et PRIEUR. — Sur le traitement de l'hérédo-syphilis du nourrisson. *Bull. soc. Pédiatrie*, Paris, 21 juin 1921.
- ROCAZ, LARTIGAUT et LASSERRE. — Maladie de Parrot traitée par le quinio-bismuth. Soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux, 2 juin 1922.
- SABRAZÈS et DUPÉRIÉ. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique et microbiologique de l'hérédo-syphilis du nourrisson. *Gaz. hebd. des soc. méd. de Bordeaux*, juin 1913.
- SÉDILLOT (Jean). — Les injections intraveineuses de néosalvarsan chez le nourrisson. Etude expérimentale et clinique. Thèse Paris, 1922.
- SÉZARY et POMARET. — Principes du traitement arséno-bismuthique de la syphilis. *Progrès médical*, 25 février 1922, p. 85.
- SALÈS et VALLERY-RADOT. — Etude spéciale sur l'hydrocèle irréductible. Soc. de Pédiatrie, 19 décembre 1922.
- SISTO. — Les cris chez les nourrissons hérédo-syphilitiques. *Arch. de méd. des enfants*, Paris, 1900.

- SIMON (Cl.), RABREAU et BRALEZ. — Le bismuth. II^e Congrès de derm. et vénér., Strasbourg, juillet 1923.
- STEPHANO SILVIO. — Cardiopathie congénitale et hérédosyphilis. *La Pediatria*, 1^{er} novembre 1920, XXVIII, p. 992.
- TIXIER (L.) et MAILLET. — Réflexions sur le traitement de la syphilis infantile. Soc. de Pédiatrie, 21 juin 1921.
- TIXIER (L.). — Prophylaxie et traitement de la syphilis infantile. IV^e Congrès des Pédiâtres de langue française, octobre 1924.
- TIXIER. — Hérédosyphilis nerveuse remarquablement influencée par des injections intramusculaires de tartro-bismuth de potassium et de sodium. S. M. des Hôp., 22 décembre 1921.
- THOMAS (André) et LONG-LANDRY (Mme). — Remarques sur la part de la syphilis héréditaire dans la pathologie du système nerveux. *Paris médical*, 25 octobre 1924, n^o 43, p. 331.
- VALLERY-RADOT. — L'hydrocèle des nourrissons. *L'Hôpital*, mai 1924, p. 309.
- VARIOT. — Administration du mercure chez les enfants. *J. méd. int.* Paris, 1903.
- VERGELY. — Troubles digestifs, dus à la syphilis héréditaire chez le nourrisson. *J. de méd. de Bordeaux*, 1922.
- VIGNES et GALLIOT. — Traitement de la syphilis à la maternité de Lariboisière. Soc. d'obstétr. et de gynéc., 13 novembre 1922. — Discussion : Couvelaire, sur le pronostic de l'hérédosyphilis.
- WEILL, DUFOURT. — Anémie splénomégalique syphilitique chez un nourrisson de 15 mois. Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 9 novembre 1920.

